Department of Labor & Industries
Pension Benefits
PO Box 44281
Olympia WA 98504-4281

Fecha	No. de Reclamo	No. de Folio

DECLARACIÓN DE DERECHOS

PARA TRABAJADOR TOTALMENTE DISCAPACITADO BAJO EL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN Y BENEFICIOS PARA TRABAJADORES

*

Recordatorio

Si está firmando con poder notarial, envíe una copia del poder si no lo ha hecho anteriormente. Para su protección, hacemos una comparación entre su firma y la firma de cheques que estén endosados a su nombre.

Para que los beneficios continúen sin interrupción, esta Declaración para Beneficios tiene que ser completada, firmada, notarizada y regresada al departamento dentro de 30 días a partir de la fecha en que la recibió.

Escriba el nombre del trabajador totalmente discapacitado (use letra de molde)

Dirección postal

Ciudad Estado Código postal

¿Es la dirección residencial igual a la dirección postal?: Si ☐ No ☐
Si NO, escriba la dirección residencial

¿Ha trabajado desde que sometió la última declaración de derechos?
Si ☐ No ☐ Si su respuesta es SI, ¿Cuándo empezó?

Numero de días trabajados por semana.

El promedio de mis ingresos semanales es de $ (dólares)

Nombre del Empleador

Los hijos o dependientes viven conmigo Si ☐ No ☐
Si NO, escriba los nombres y direcciones de los dependientes que no viven con usted.

Cualquier cambio en el estado de los dependientes o hijos por los cuales usted está recibiendo pensión deben ser reportados. Cambios en las circunstancias de dependencia pueden requerir un ajuste en los beneficios mensuales. Cambios en la dependencia incluyen: fallecimiento, matrimonio, encarcelamiento, emancipación o cambio en el cuidado y la custodia. **Si no reporta cambios de los dependientes o encarcelamientos para continuar recibiendo beneficios a los que usted no tuviera derecho, podría resultar en cargos civiles o criminales.**

Desde la última vez que sometió el formulario de declaración de derechos, ¿Ha sido culpable de un crimen y está cumpliendo una sentencia?
Si ☐ No ☐ Si contestó SI, ¿Cuándo? ¿Dónde?

¿Ha ocurrido algún cambio en su estado civil (fallecimiento de cónyuge, divorcio, matrimonio, etc.)?
Si ☐ No ☐ Si contestó SI, escriba la fecha y el cambio de estado civil.

Se Requiere Firma del Notario.

Subscribed and sworn to before me this date (Fecha)
Notary public signature (Firma)
For the state of (En el estado de:)
Residing at (Dirección)
My commission expires (Fecha de vencimiento de la licencia)

Bajo pena de perjurio, yo hago constar que las declaraciones arriba mencionados son verdaderas. Si firma con una "X", por favor pídale a un testigo que escriba su nombre, luego haga su marca personal.

Nº de Seguro Social (Sólo para identificación) Nº de teléfono ( )

Fecha Firma.

Si firma con una "X", escriba el nombre del testigo en esta casilla.